

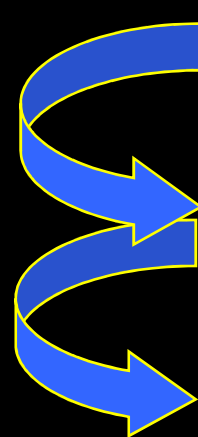


Rimini, 20 Ottobre 2012

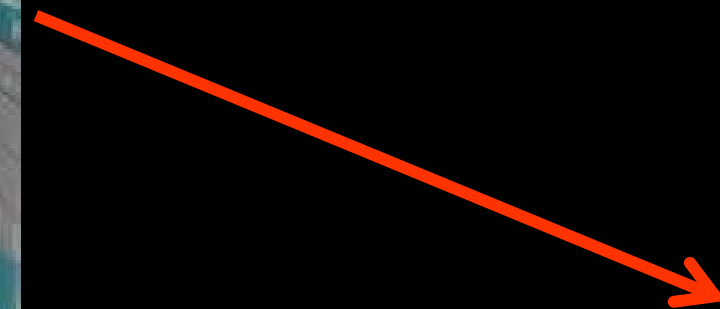
***LA GESTIONE DEL TRAUMA GRAVE NEL CENTRO HUB  
DELLA ROMAGNA: CESENA***

**INFERMIERA  
ROBERTA CASALBONI**

# PROCESSO ASSISTENZIALE del PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO in PS

- 
1. Allertamento, preparazione ed accettazione;
  2. Valutazione primaria e stabilizzazione;
  3. Valutazione secondaria e ricovero dal PS.

## Centrale Operativa 118



In

# PRONTO SOCCORSO

tutto inizia da qui ...



Triage Pronto Soccorso

# L'Infermiere di Triage acquisisce informazioni dal 118

## Corretta acquisizione delle informazioni



1. Numero di feriti in arrivo
2. Codice di gravità di ciascun ferito
3. Diagnosi circostanziata (politrauma, polifratturato, trauma cranico, emorragico)
4. Età
5. Sesso
6. Tempo stimato per l'arrivo

# Attivazione TRAUMA TEAM

Medico PS

Infermiere amb.4

Infermiere amb.3

OSS

Identificazione HELP NURSE

# Preparativi in Pronto Soccorso

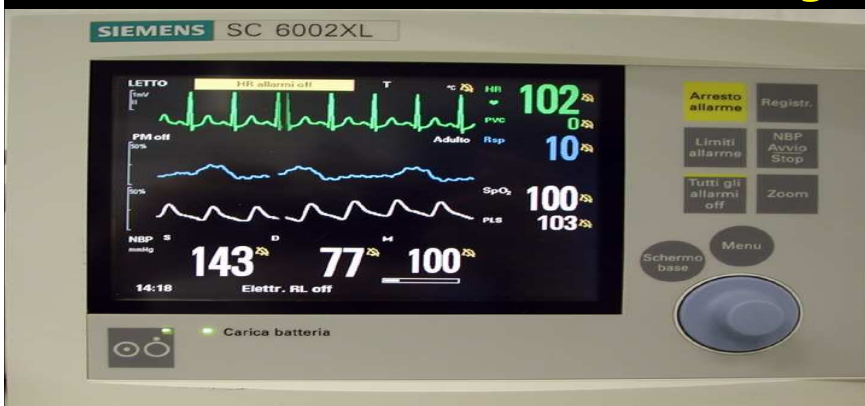
## Liberare e preparare ambulatorio



- Trasferire i Pazienti presenti
- Rapido ricontrollo, calibrazione e preparazione dei materiali e delle apparecchiature
- Estrarre dall'armadio farmaci stupefacenti
- Posizionare Barella RadioTrasparente
- Allertamento specialisti coinvolti
- Accensione luce rossa emergenza

# Preparazione Tecnologica

- Monitor Multiparametrico;
- Defibrillatore;
- Respiratore e montaggio circuito;
- Aspiratore;
- Level-1 (Scalda-liquidi)
- Ecografo





## Preparazione Materiale

- Set prelievi per Routine Chirurgica e Servizio Trasfusionale;
- EGA;
- 2° via e materiale infusione calda;
- Materiale per Intubazione;
- Drenaggio Toracico;
- Set Vena Centrale;
- Farmaci ( Stupefacenti, curari, ...)
- Sondino Naso-gastrico;
- Catetere Vescicale.





# Protezione da rischio biologico del Personale Sanitario

Utilizzo DPI:

Camici monouso a protezione totale;

Copricapo;

Maschera con visiera e/o occhiali;

Mascherina;

Guanti;

Calzari.



# Attivazione TRAUMA TEAM

Chi si unisce?????

Infermiere Help Nurse

OSS

MPS - Medico di Pronto Soccorso

I1 - Primo Infermiere



I2 - Secondo Infermiere

MR - Medico Radiologo

MC - Medico Chirurgia Generale

TR - Tecnico Radiologo

MTI - Medico Anestesista

# Accoglienza Politraumatizzato

## Trasbordo traumatizzato



- Richiede sincronismo degli operatori
- Garantire l'allineamento del rachide
- Evitare estubazione del Pz
- Evitare la perdita degli accessi venosi
- Garantire monitoraggio Pz

## Accoglienza politraumatizzato

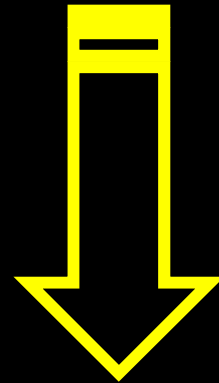
TUTTO IL GRUPPO DEL TRAUMA TEAM COLLABORA CON IL PERSONALE DEL 118 PER IL TRASFERIMENTO DALLA BARELLA DELL'AMBULANZA A QUELLA DEL PS, CONTROLLANDO CHE:

- La colonna vertebrale rimanga in asse;
- Mantenimento accessi venosi;
- Mantenimento in corretta posizione dei presidi di immobilizzazione;
- Variazioni dei parametri e dello stato di coscienza.

# Trasferimento informazioni dal 118 al Pronto Soccorso

1. INFORMAZIONI SULLA DINAMICA DEL TRAUMA
2. INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI CLINICHE
3. INFORMAZIONI SUI TRATTAMENTI EFFETTUATI

Qual'è il nostro primo obiettivo per l'identificazione del problema ?



L'immediato monitoraggio dei  
parametri vitali del paziente in  
Pronto Soccorso

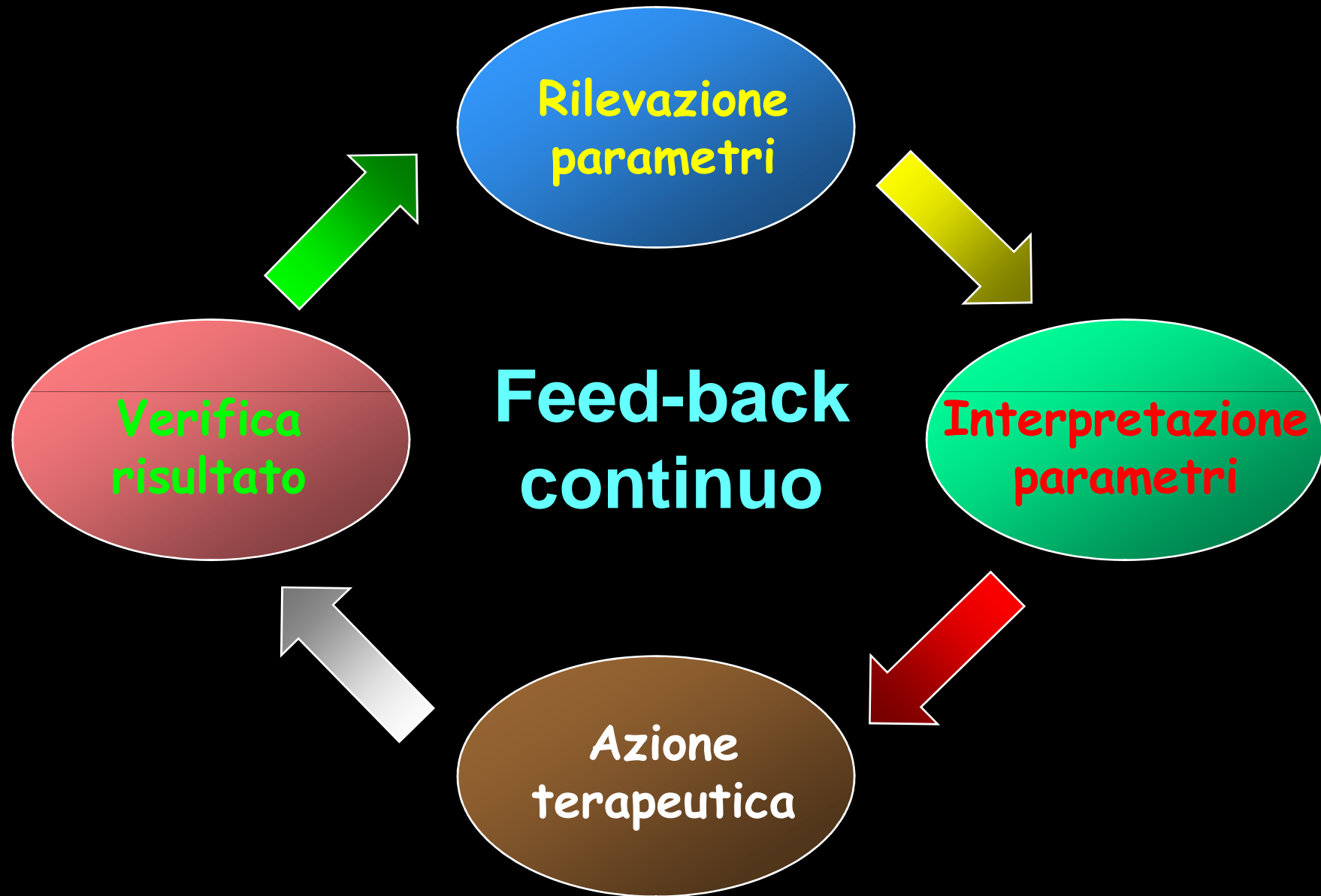
Il paziente politraumatizzato e' in continua evoluzione e sulla base della dinamica del trauma si possono sospettare determinati tipi di lesioni

FONDAMENTALE:

Continuo e attento controllo  
*dei parametri vitali*



# Importanza della rilevazione dei parametri





# Qual'è l'obiettivo degli INFERMIERI?

Collaborare con il medico  
nell'effettuazione di manovre  
invasive avanzate

Eseguire procedure infermieristiche  
atte alla stabilizzazione e al  
monitoraggio del paziente critico  
secondo i problemi identificati



# VALUTAZIONE E STABILIZZAZIONE PRIMARIA

- A. Airway, pervietà vie aeree con protezione colonna -cervicale
- B. Breathing, respirazione e ventilazione
- C. Circulation, circolazione con controllo emorragia
- D. Disability, disabilità: stato neurologico
- E. Exposure, esposizione: svestire completamente il paziente, ma prevenire l'ipotermia.

# VALUTAZIONE PRIMARIA

## A: AIRWAY

- Garantire una buona ossigenazione.
- Prevenire l' ipercapnia.
- Proteggere vie aeree da ostruzione
- Riconoscere i segni di ostruzione.
- Identificare le situazioni ad alto rischio di ostruzione
- Valutare necessità "via aerea definitiva"
- Mantenere protezione rachide cervicale.

## A: Airway **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

- Controllare pervietà vie aeree: rimuovere corpi estranei, aspirare (secrezioni, sangue, vomito, ecc).
- Collegare il Pz a fonte di ossigeno (flussimetro, pallone, respiratore).
- Collegare e controllare saturimetro.
- Controllare cannule, tubi e circuiti.
- Assistenza al posizionamento "via aerea definitiva"
- Controllare collare cervicale e mantenere immobilizzazione e allineamento rachide.



## Atto medico

- Sedazione ed analgesia farmacologica
- Intubazione orotracheale

## Atto infermieristico

**Assistenza all'intubazione**

**Assistenza ai farmaci per l'intubazione**

# VALUTAZIONE PRIMARIA

## B: Breathing

- Esporre collo e torace.
- Valutare dinamica respiratoria (FR, espansione emitoraci).
- Ispezionare e palpare alla ricerca di asimmetrie, ferite penetranti, enfisemi sottocutanei ecc.
- Auscultare e percuotere torace.
- Individuare e trattare PNX ed emotorace.

## B: Breathing **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

- Esporre collo e torace (rimozione indumenti, mantenimento immobilizzazione del rachide).
- Collegare elettrodi di derivazione (rilevare la FR).
- Chiudere la breccia di un'eventuale PNX aperto (mediante medicazione su tre lati).
- Preparare ed assistere per detenzione di Pnx iperteso.
- Preparare ed assistere per posizionamento drenaggio toracico.
- Eseguire emogasanalisi.
- Manutenzione drenaggi e tubi toracostomici

# VALUTAZIONE PRIMARIA

## C: Circulation

- Identificare e tamponare emorragie esterne profuse.
- Valutare la presenza di emorragia interna
  1. PA, FC, FR, sensorio.
  2. Segni cutanei (pallore, sudorazione, vasocostrizione)
- Correggere le perdite di sangue con infusioni adeguate (cristalloidi, sangue ecc).
- Prevenire l'ipotermia.
- Individuare lesioni suscettibili trattamento chirurgico.



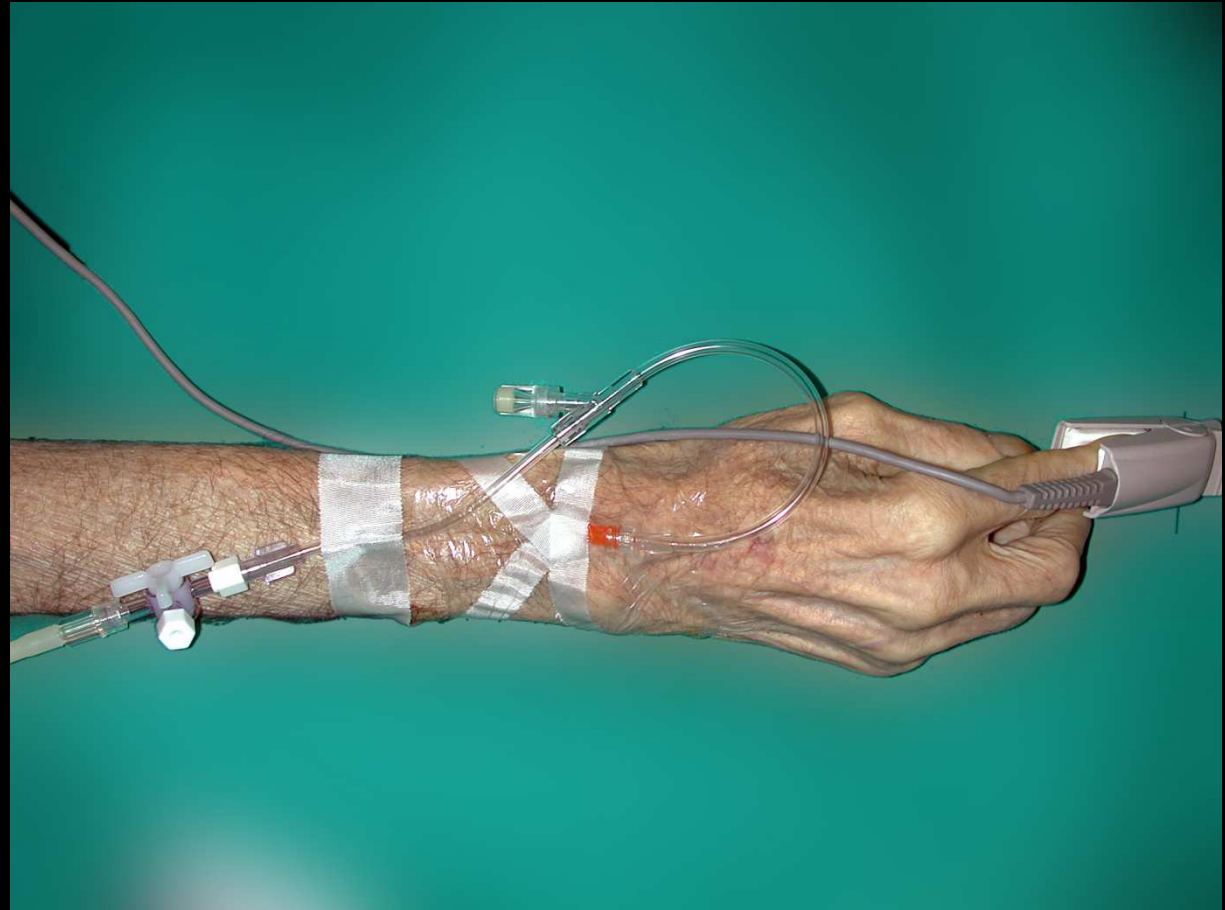
## C: Circulation **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

- Tamponare mediante compressione diretta emorragie esterne.
- Collegare elettrodi di derivazione (rilevare FR, FC).
- Se presente polso misurare una 1° PA manualmente poi applicare misuratore automatico (2-3 min).
- Posizionare 2° via di grosso calibro se non presente, e curare vie venose e la somministrazione delle infusioni.
- Compilare ed inviare richiesta di esami urgenti e richiesta gruppo
- Prevenire ipotermia
- Posizionare catetere vescicale ed ECG.

# CURARE VIE VENOSE

## LA VIA VENOSA E' ESSENZIALE NEL PZ CRITICO

- Devono esse di grosso calibro  
14-16-18 G
- Devono essere almeno 2
- Devono essere fissate accuratamente
- Anche la posizione deve essere ottimale
- Vanno ricontrollate continuamente



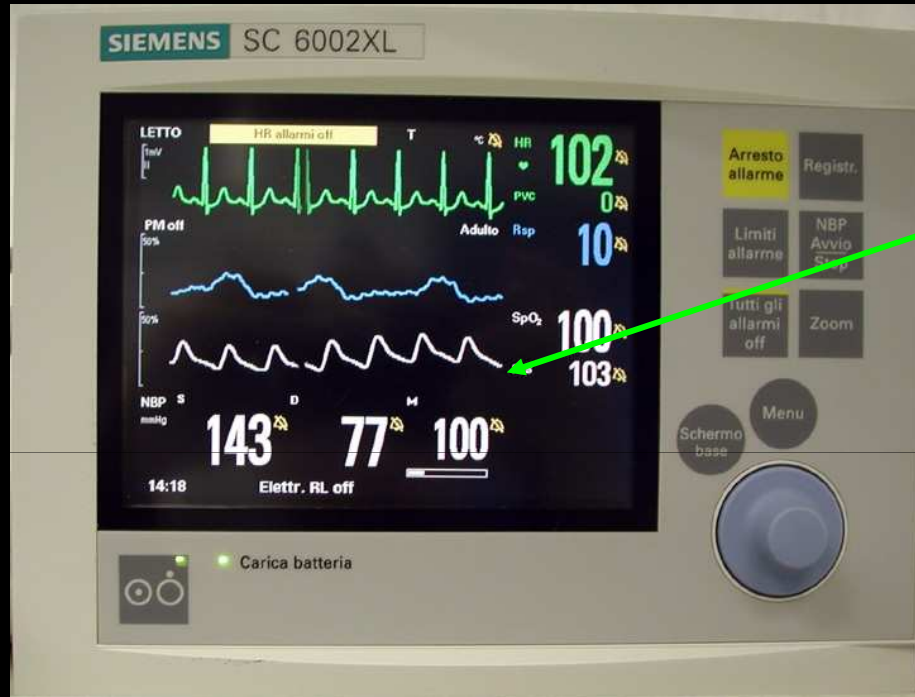
# ATTENDIBILITA' DEI PARAMETRI NEL PZ CRITICO

IL PARAMETRO NON E' ATTENDIBILE QUANDO:

1. Il parametro vira bruscamente dal trend  
(necessità di misurazioni frequenti e ripetute)
2. Il parametro non è congruo al contesto clinico  
(il parametro non va interpretato singolarmente)

# LA SATURAZIONE E' ATTENDIBILE ?

LA SATURAZIONE NON E' ATTENDIBILE  
SE NON E' PRESENTE CURVA  
PULSIOSSIMETRICA VALIDA

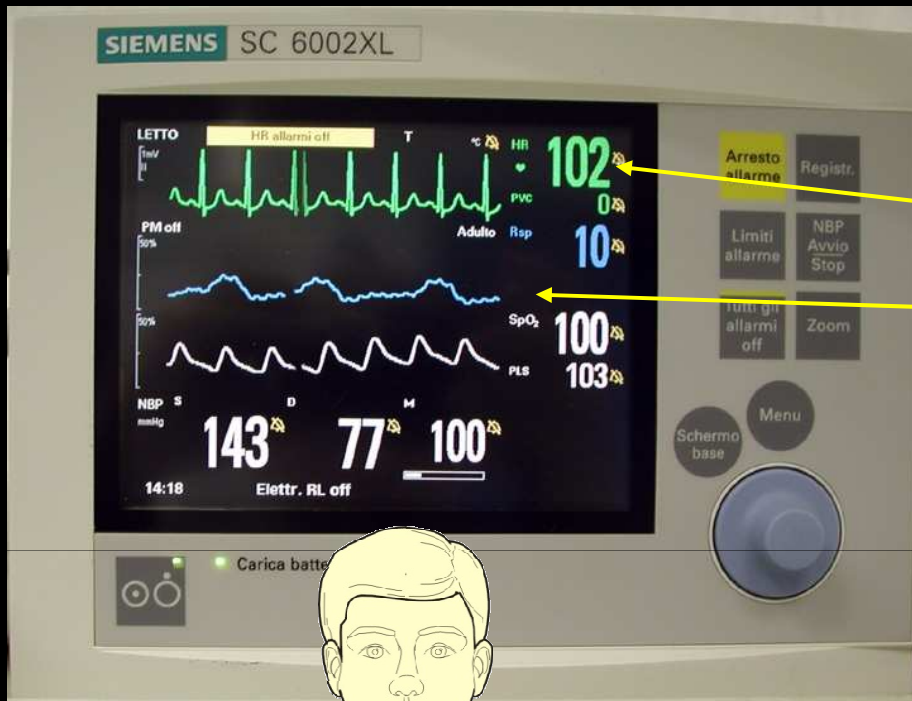


Deve essere rilevabile

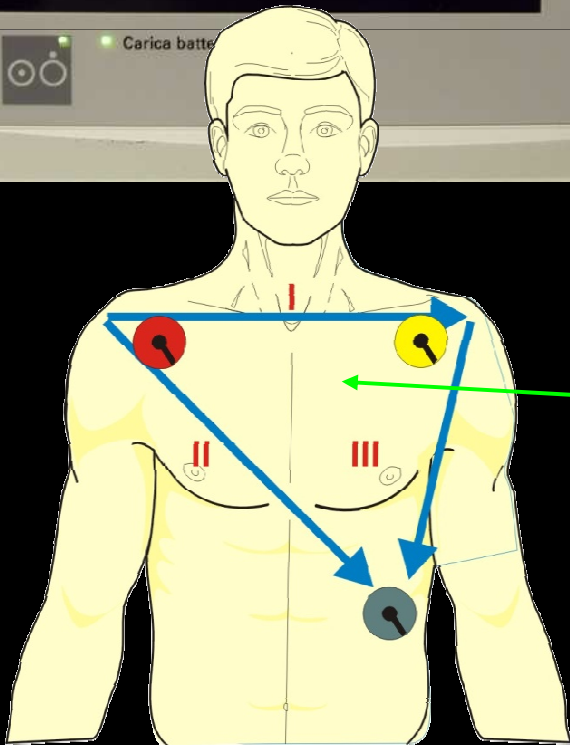
Polso capillare

1. Non posizionare su estremità non vascolarizzate.
2. Non posizionare dallo stesso lato del bracciale di pressione
3. Non comprimere sensore
4. Rimuovere smalto
5. Riscaldare il paziente
6. Usare eventuali sensori appositi

# LA TRACCIA ECG E' ATTENDIBILE ?



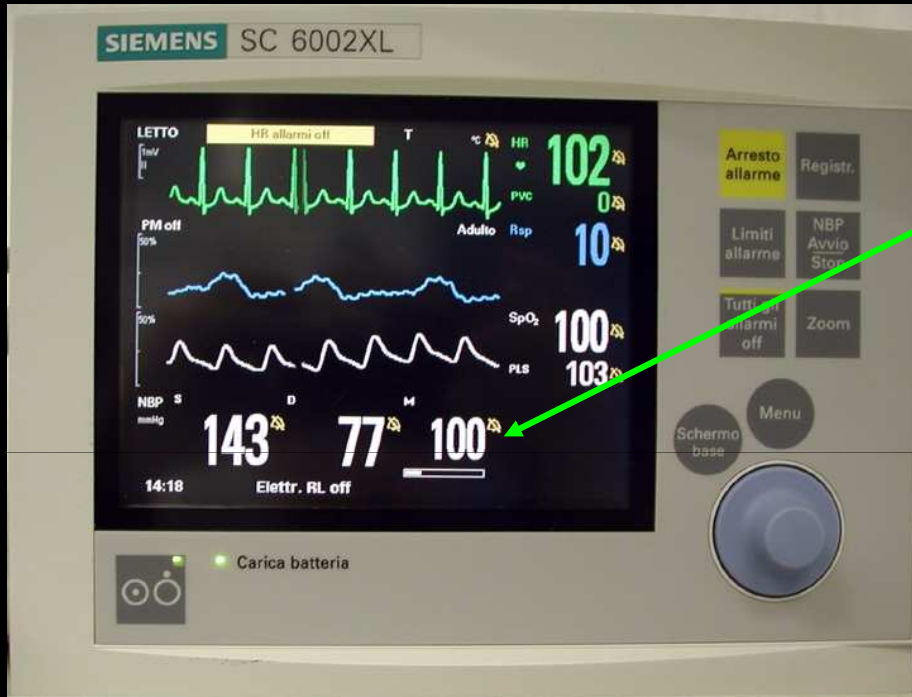
- Ottenere traccia ECG ampia ed affidabile
- Ottenere respirogramma affidabile
- Minimizzare gli artefatti da movimento
- Evitare trazione sugli elettrodi



- Rispettare colore e posizioni elettrodi
- Assicurarsi un buon contatto elettrodi

# LA PA E' ATTENDIBILE ?

LA MISURAZIONE AUTOMATICA  
DELL PA E' DIFFICILE SE:



1. Il polso è debole.
2. Il polso è aritmico è tachicardico
3. Il PZ muove il braccio
4. Il bracciale non è correttamente posizionato
5. Range impostato su pediatrico

**IL PRIMO VALORE DI PA DEVE ESSERE RILEVATO  
MANUALMENTE , POSSIBILMENTE D'AMBO I LATI  
POI APPLICARE IL MISURATORE AUTOMATICO (interv.2-5-10 min)**

## I PRELIEVI SONO ATTENDIBILI ?

- Il primo prelievo (completo) deve essere eseguito se possibile sul territorio.
- Va eseguito su vene di grosso calibro (evitare emolisi).
- Va eseguito lontano da vie di infusione (errori da emodiluizione).
- Le provette debbono essere correttamente identificabili.
- Le provette vanno riempite al giusto livello.
- Le provette del gruppo debbono essere firmate dal responsabile del prelievo.

# DISTRIBUZIONE RAZIONALE ?

Sondino  
Nasogast.

Via venosa  
principale

Sensore  
Pulsioss.

LATO AFFOLLATO

LATO LIBERO





## CURARE TUBI E VIE VENOSE



OGNI TUBO O VIA DEVE ESSERE ACCURATAMENTE FISSATO

# PREVENIRE L'IPOTERMIA DEL PZ



- Usare solo liquidi preriscaldati sia in infusione, sia per lavaggio gastrico, per riempire la vescica.
- Se trasfusioni usare scaldaliquidi
- Rilevare la temperatura corporea
- Tenere il Pz coperto

# VALUTAZIONE PRIMARIA

## D: Disability

- Determinare lo stato di coscienza mediante metodi AVPU o il GCS.
- Valutare pupille .

# VALUTAZIONE PRIMARIA

## E: Exposure

- Svestire completamente il Pz ma prevenire l'ipotermia. Controllare sotto immobilizzazioni (bendostecche).
- Preparare la fase di valutazione secondaria .

Il paziente politraumatizzato deve essere *costantemente rivalutato* per assicurare che nuovi elementi non siano trascurati e per *evidenziare un peggioramento dei sintomi precedentemente verificati*

Non appena siano state trattate  
lesioni minacciose per la  
sopravvivenza del paziente,  
*possono insorgere altri problemi,*  
ugualmente importanti per la  
sopravvivenza o minori

**“Nelle situazioni cliniche  
reali molte attività  
avvengono in parallelo o  
simultaneamente”**

**ATLS**

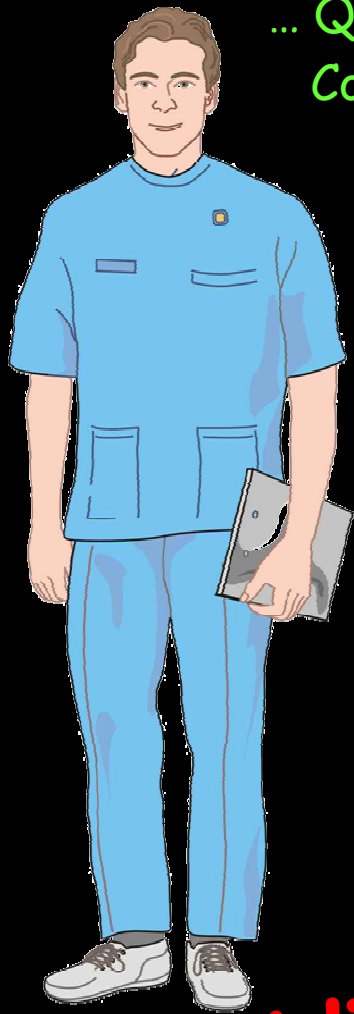
# VALUTAZIONE SECONDARIA

PUÒ INIZIARE SOLO DOPO LA VALUTAZIONE E STABILIZZAZIONE PRIMARIA

1. Registrare i parametri vitali.
2. Ottenere informazioni dettagliate sul trauma.
3. Se paziente cosciente eseguire una anamnesi semplice (SAMPLE)
  - a) S-sintomi
  - b) A-allergie
  - c) M-medicamenti
  - d) P-precedenti clinici
  - e) L-ultima ingestione di cibi o bevande
  - f) E-eventi precedenti il trauma
4. Dettagliato esame clinico testa-piedi del paziente
5. Eseguire un rapido esame neurologico
6. Avviare indagini strumentali, consulenze e terapie.

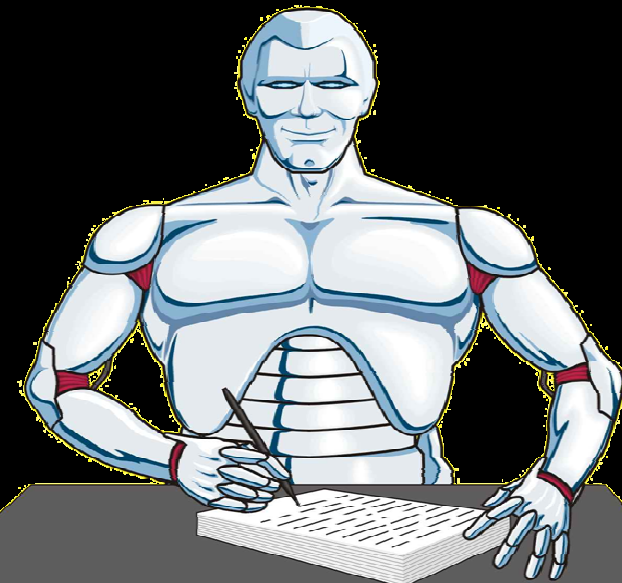
... Quali sono cose da fare ?  
Con quale priorità ?

**NULLA AL CASO  
NON IMPROVVISARE**



**NO  
ALL'INFERMIERE  
AUTOMA**

Eeguire protocollo 1  
Eeguire protocollo 2  
Eeguire protocollo 3





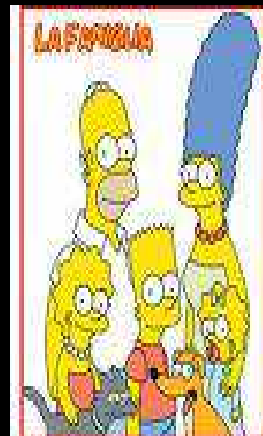
## Devono essere ben chiare:

- COMPETENZE SPECIFICHE
- COLLABORAZIONE tra figure TRAUMA TEAM
- LE MANOVRE, anche se in URGENZA devono rispettare le PROCEDURE!!!!!!



# RAPPORTI CON I FAMILIARI

- Informare i familiari che il paziente e' in Ospedale.
- Se possibile consentire l'attesa in luogo appartato e confortevole
- Comunicare notizie certe al momento adeguato, non fornire false rassicurazioni. Le conclusioni devono essere comunicate dal Medico Responsabile di P.S.
- Comunicare che l'equipe si sta prendendo cura del loro congiunto e che, non appena possibile, si forniranno tutte le informazioni che lo riguardano
- Dimostrare interesse, partecipazione e disponibilità
- Rispettare eventuali reazioni emotive
- Non considerare eventuali attacchi verbali, come personali e non reagire
- Non trasmettere negatività e sfiducia negli operatori e nella struttura
- Aiutare alla comprensione, fornire spiegazioni, favorire l'accettazione dell'accaduto



GRAZIE ...